

---

**PSYKIATRISEN AVOHOIDON HOITAJIEN  
KOKEMUKSIA HOITOTYÖN  
KEHITTÄMISHAASTEISTA**




Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Forssa, syksy 2014

Krista Maarala, Raine Ylitalo



FORSSA  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Sairaanhoitaja

---

<b>Tekijä</b>	Krista Maarala Raine Ylitalo	<b>Vuosi</b> 2014
<b>Työn nimi</b>	Psykiatrisen avohoidon hoitajien kokemuksia hoitotyön kehittämishaasteista	

---

## TIIVISTELMÄ

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää mitä haasteita psykiatrisissa avopalveluissa työskentelevät hoitajat kohtaavat työssään. Tavoitteena oli tuottaa tietoa siitä, mitä hoitajat itse haluaisivat kehittää työssään, jotta potilaiden tarpeisiin voitaisiin vastata paremmin.

Psykiatrinen hoitotyö on osa laajempaa mielenterveystyön verkostoa. Lain mukaan mielenterveyspalvelut tulee järjestää ensisijaisesti avopalveluina. Rakennemuutoksen seurauksena sairaalapaikkoja on vähennetty ja toisaalta avopalveluita lisätty. Rakennemuutos ei kuitenkaan ole vielä täydellinen, vaan psykiatrisissa avopalveluissa on edelleen kehittämisen tarvetta, jotta potilaiden muuttuviin tarpeisiin voidaan vastata mahdollisimman hyvin.

Opinnäytetyön tutkimus toteutettiin teemahaastatteluina psykiatrian poliklinikalla. Tutkimukseen osallistui viisi aikuispsykiatriassa työskentelevää hoitajaa. Hoitajia osallistui sekä akuuttiryhmästä että ajanvarauspuolelta. Haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina ja aineisto analysoitiin sisälönanalyysillä.

Tutkimustulosten mukaan potilaiden ongelmat ovat monimutkaistuneet ja epämääräinen oireilu on lisääntynyt. Haastetta tuotti myös joidenkin potilailla hoitoon sitoutumisen vaikeus. Hoitajat kokivat, että potilaan hoitoon sitoutumisen mittaaminen on vaikeaa. Täydennyskoulutukset nähtiin tärkeäksi ammattitaidon ylläpitäjäksi. Haastavaa oli tuoreen otteen säilyttäminen työssä. Tutkimuksen mukaan tietotekniikan kehitys nähtiin sekä uhkana että mahdollisuutena. Myös perusterveydenhuollon huono mielenterveystyön resursointi vaikutti hoitajien työhön.

Jatkossa voisi miettiä mittaria, joka helpottaa potilaiden hoitoon sitoutumisen mittaamista. Myös perusterveydenhuollon psykiatrian osaamista ja resursseja voisi selvittää.

**Avainsanat** psykiatrinen hoitotyö, mielenterveyspalvelujen rakennemuutos, mielenterveystyön avopalvelut

**Sivut** 20 s. + liitteet 2 s.

FORSSA

Degree programme in nursing

Registered nurse

---

<b>Author</b>	Krista Maarala Raine Ylitalo	<b>Year</b> 2014
<b>Subject of Bachelor's thesis</b>	Experiences of psychiatric community care nurses by development challenges in nursing	

---

## ABSTRACT

Objective of this bachelor's thesis was to research what kind of challenges nurses working in psychiatric outpatient care face in their work. Aim was to provide information from what kind of things nurses themselves would like to develop to better meet patients' needs.

Psychiatric nursing is part of bigger mental health network. According to the law mental health services must primarily be provided for a community care. As a result of structural changes places in the hospitals has been cut and on the other hand services in the outpatient care has been increased. Structural changes aren't yet perfect. There is still need to develop psychiatric outpatient care, so that patients changing needs could be answered.

Thesis research was executed with theme interviews in psychiatric outpatient department. Five nurses who work in adult psychiatry participated. Nurses were working both acute group and appointment side. Interviews were fulfilled as an individual interview and results were analyzed using content analysis.

The results shows that patients' troubles have become more complex and vague symptoms have increased. Some patients' difficulty to commit their care produces also a challenge. Nurses experienced that it's difficult to measure patients' adherence to treatment. Continuing education was seen as an important way of maintaining professionalism. It was challenging to stay fresh at work. Results also show that information technology was seen both as a threat and opportunity. Also poor resourcing of mental health care in primary health care affects the nurses' work.

In the future the indicator to measure patients' commitment to treatment could be thought. Also knowledge and resources in mental health care in primary health care could be studied.

**Keywords** psychiatric nursing, structural changes in mental health care, mental health outpatient services

**Pages** 20 p. + appendices 2 p.

# SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	MIELENTERVEYSTYÖ JA -PALVELUT .....	1
3	PSYKIATRINEN HOITOTYÖ .....	2
4	MIELENTERVEYSPALVELUJEN RAKENNEMUUTOS .....	3
5	MIELENTERVEYSTYÖN AVOPALVELUT.....	4
6	AIEMMAT TUTKIMUKSET.....	5
7	TYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET .....	6
8	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	6
8.1	Tutkimusmenetelmä.....	6
8.2	Aineiston keruu ja aineiston analysointi .....	7
9	TUTKIMUSTULOKSET .....	9
9.1	Muutokset hoitotyössä hoitajien kokemana. ....	9
9.1.1	Asiakkaan hoito .....	9
9.1.2	Yhteistyö.....	10
9.1.3	Hoitajan työn organisointi .....	10
9.2	Haasteet psykiatrisen hoitotyön toteuttamisessa avohoidossa .....	12
9.2.1	Hoitajaan liittyvät haasteet .....	12
9.2.2	Potilaaseen liittyvät haasteet.....	13
9.2.3	Yhteistyöhön liittyvät haasteet .....	13
9.3	Hoitotyön kehittäminen hoitajien näkökulmasta.....	14
9.3.1	Oma ammattitaito .....	14
9.3.2	Tietotekninen osaaminen.....	14
10	TULOSTEN TARKASTELU .....	15
10.1	Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset.....	15
10.2	Luotettavuus .....	16
10.3	Eettisyys .....	18
	LÄHTEET .....	19

Liite 1	Saatekirje
Liite 2	Teemat

## 1 JOHDANTO

Psykiatrinen hoito on kokenut suuren muutoksen viime vuosikymmeninä. Osastohoidosta on siirrytty avopainotteiseen ja jo mielenterveyslaissa palvelut määrätään järjestettäväksi ensisijaisesti avopalveluina sekä niin, että hoitoon voidaan hakeutua oma-aloitteisesti. (Mielenterveyslaki 4 §.)

Tällä hetkellä erillisten psykiatristen sairaaloiden määrä on vähentynyt ja sairaansijat ovat siirtyneet yleissairaaloihin. Sairaansijojen määrä on hie- man vähentynyt, mutta suurin muutos kuitenkin on hoitoaikojen dramaat- tinen lyhentyminen. Avopalveluja tukevat palvelut ovat sen sijaan lisään- tyneet, erityisesti päivä- ja asumispalvelut. Suurin osa näistä palveluista hankitaan ostopalveluina, vaikka kunnat järjestävätkin niitä myös itse. (Tuori 2011.)

Tulevaisuudessa sairaalapaikkoja vähennetään edelleen, jolloin tulisi muistaa avopalveluiden kehittäminen edelleen riittävän kattaviksi. Jos näin ei tehdä, on vaarana, etteivät potilaat saa tarvitsemaansa hoitoa ja omaisten hoitotaakka kasvaa entisestään. (Tuori 2011.)

Toisaalta psykiatrinen hoitotyö on kuormittavaa. Potilaiden asiat herättä- vät myös hoitajassa tunteita ja tämä edesauttaa hoitajan mahdollista väsy- mistä. (Holopainen, Jokinen & Välimäki. 2000.) Hoitajien työ on myös it- senäistä, vaikka useimmiten tukena onkin moniammatillinen tiimi. Itsenäi- syys ja mahdollisuus vaikuttaa omaan työhönsä tuo hoitajille myös paljon vastuuta. (Laukkanen 2010.)

Avopalveluita kehitettäessä olisi tärkeää kuunnella siellä työskenteleviä hoitajia, sillä heillä on paras käsitys siitä, millaiseen tarpeeseen avopalve- luilla tulee vastata. Tässä opinnäytetyössä selvitetäänkin sitä, millaisia haasteita hoitajat kohtaavat työssään ja mitä he itse haluaisivat kehittää.

Opinnäytetyön keskeisiä käsitteitä ovat psykiatrinen hoitotyö, mielenter- veyspalvelujen rakennemuutos, mielenterveystyön avopalvelut.

## 2 MIELENTERVEYSTYÖ JA -PALVELUT

Mielenterveystyön pohjana on Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116 (1990), jossa mielenterveystyö määritellään tarkoittamaan yksilön psyykkisen hy- vinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä ja li- säksi mielisairauksien ja muiden mielenterveyden häiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä. Varsinaisten mielenterveyspalveluiden lisäk- si mielenterveystyöhön kuuluu myös väestön elinolosuhteiden kehittämi- nen niin, että elinolosuhteet ennaltaehkäisevät mielenterveyshäiriöiden syntyä, edistävät mielenterveystyötä sekä tukevat varsinaisten mielenter- veyspalveluiden järjestämistä. (Mielenterveyslaki 1§)

Mielenterveyslaki vastuuttaa kuntaa tai kuntayhtymää järjestämään alueel- la tarvittavat mielenterveyspalvelut tarpeen mukaan. Laissa sanotaan myös, että palvelut on järjestettävä ensisijaisesti avopalveluina niin, että

tuetaan oma-aloitteista hoitoon hakeutumista ja itsenäistä suoriutumista. Mielenterveyspalveluiden on oltava toiminnallinen kokonaisuus, joka koostuu terveyskeskusten, sosiaalipalveluiden sekä erityispalveluiden toimivasta yhteistyöstä. (Mielenterveyslaki 5§)

Mielenterveystyö on siis laaja käsite ja siihen osallistuvat monet tahot. Käytännössä mielenterveystyöhön osallistuvat terveyden- ja sosiaalihuollon lisäksi erilaiset kansalaisjärjestöt sekä kansalaiset itsekkin. Tämän perusteella psykiatrinen sairaanhoito on hyvin pieni osa mielenterveystyötä. Joskaan sen tärkeyttä ja merkitystä ei sovi unohtaa. (Lehtinen & Taipale 2005.)

### 3 PSYKIATRINEN HOITOTYÖ

Psykiatrisella hoitotyöllä tarkoitetaan hoitajien edustamaa hoitotieteellistä näkökulmaa potilaan hoidossa. Tämän lisäksi psykiatrisen hoitotyön käsite kattaa hoitajien osallistumisen moniammatilliseen yhteistyöhön. (Latvala 1998, 23.)

Psykiatrisessa hoitotyössä olennaista on hoitosuhdetyöskentely, erilaiset ryhmätoiminnot ja terapiatyö. Työ itsessään on itsenäistä ja vastuullista. Psykiatrissa hoitoa harjoitetaan sekä avohoidossa, että sairaalassa. Yksilöiden ja ryhmien hyvinvoinnista ja terveydestä huolehtiminen kuuluu hoitotyöntekijän perustehtäviin. Hoitajan on osattava tehdä itsenäisiä päätöksiä hoitotilanteen etenemisestä hoitosuhdetyöskentelyssä, mutta työryhmältä saa aina tukea ja konsultointia tilanteisiin.

Tyypillisesti psykiatrinen hoitotyö on monen ammatin tiimityöskentelyä. Hoitoalan työntekijöistä psykiatrisessa tiimissä työskentelevät sairaanhoitajat, lähihoitajat, mielenterveyshoitajat sekä mielisairaanhoitajat. Muista ammattilaisista tiimissä työskentelee mm. psykiatri ja sosiaalityöntekijä. (Holopainen ym. 2000, 16–17.)

Psykiatrisessa hoitotyössä korostuvat potilaan kohtaaminen ja ymmärtäminen sekä terveyden ja selviytymisen tukeminen jokapäiväisissä askareissa. Tiimin työntekijöistä juuri hoitotyöntekijät ovat eniten tekemisissä suoranaisesti potilaan ja hänen läheistensä kanssa. Tämä antaa hyvät eväät toimia potilaan ja omaisten etujen ajajana hoitotiimissä, jos nämä eivät siihen itse pysty. (Holopainen ym. 2000, 16–17.)

Hoidon tehokkuus riippuu siitä, kuinka nopeasti sairauteen puututaan. Hoidon tehokkuuden maksimoimiseksi sairauteen tulisi puuttua ajoissa. Näin ollen hoito olisi hyvä aloittaa heti, kun sairauden ensioireet alkavat ilmetä. Vähäkylän mukaan yhteiskunnan antamat resurssit psykiatriselle hoidolle eivät kuitenkaan ole riittävät, jotta hoidon aloitus olisi tarpeeksi ripeää. (Vähäkylä 2006, 11.)

## 4 MIELENTERVEYSPALVELUJEN RAKENNEMUUTOS

Rakennemuutoksella tarkoitetaan psykiatristen laitosten purkamista ja siirtymistä avopalveluihin. Tarkoituksena on rakentaa sellaiset avopalvelut, joiden avulla sairaaloissa voidaan hoitaa ainoastaan ne henkilöt, jotka todella tarvitsevat sairaalahoitoa ja vain niin kauan, kuin he sitä tarvitsevat. Tarkoituksena on, ettei kukaan joudu enää viettämään elämäänsä laitoksessa, vaan kaikki voivat elää mahdollisimman hyvin yhteiskunnassa muiden ihmisten kanssa. Avopalveluiden tulisikin olla riittävän monimuotoiset ja helposti tavoitettavat ollakseen tulokselliset ja tehokkaat. (Tuori 2011, 3–4.)

Viimeisen kolmen vuosikymmenen ajan Suomen mielenterveyspalvelujärjestelmä on ollut suurten muutosten kourissa. Mielenterveyspolitiikka ohjaa toiminnallisten ja ohjelmallisten käytäntöjen kokonaisuutta mielenterveyspalvelujärjestelmässä ja antaa suuntaa rakennemuutoksen etenemisessä. (Helén 2011, 111.)

Vuosien 1991–1999 aikana psykiatrian organisaatiossa ja palvelujen ohjaus- sekä priorisointimallissa on tapahtunut useita muutoksia. Julkiset terveydenhuollon resurssit vähenivät muita terveydenhuollon sektoreita voimakkaammin rahoitus- ja tuotantomallin muutoksen jälkeen. Vuonna 1991 itsenäiset mielisairaanhoitopiirit yhdistettiin suurempien keskussairaalapiirien alaisuuteen. Erikoissairaanhoidon palvelujen rahoitus- ja tuotantovastuu siirtyivät tällöin 21 sairaanhoitopiirille. Erilliset mielisairaaloiden kuntaliitot lakkautettiin. Psykiatrisen avohoidon toimintoja siirtyi monilla paikkakunnilla terveystaloksiin 90-luvun alussa, mutta terveystalot tuottivat psykiatrian avohoitopalveluista vuoteen 1996 mennessä vain 14 %. (Heikkinen, Henriksson, Lönnqvist, Marttunen & Partonen 2003, 717–729.)

Psykiatrinen hoitotyö on kuormittava ja vaativa palveluala. Viime vuosikymmeninä tapahtuneet yhteiskunnalliset muutokset ovat tuoneet lisäkuormitusta työntekijöille. Lyhytaikaiset työsuhteet ovat lisääntyneet, jonka seurauksena työntekijöiden loppuunpalamisen riski on kasvanut. Työ koskettaa myös jatkuvasti tunteita, jonka seurauksena työntekijä voi ajautua pitkäaikaiseen väsymiseen. (Holopainen ym. 2000, 18.)

Psykiatriseen avohoitoon tullaan tulevaisuudessa kehittämään uusia hoito- ja kuntoutusmuotoja. Teknologian käytön lisääntyessä potilasohjauksessa ja omaisten tukemisessa tullaan käyttämään informaatioteknologiaa. Viestintävälineitä tullaan hyödyntämään. Esimerkiksi tapaamisia voidaan tarvittaessa korvata videoneuvotteluilla, kun siihen tarvittavat viestintävälineet yleistyvät. Uusi teknologia tuo kuitenkin myös uusia haasteita hoitajille. Henkilöstön tulee hankkia valmiuksia uuden teknologian käyttöön erilaisista henkilöstön jatko- ja täydennyskoulutuksista. Avohoidon ja laitoksen rajat tulevat hämärtyvän entistä enemmän, koska hoitajien tarjoamat palvelut tulevat asiakkaan luo. Uudet eettiset ja käytännölliset ongelmat ovat väistämättömiä kun ihmisiä aletaan hoitaa enenevässä määrin heidän omissa kodeissaan. Julkinen sektori supistaa palvelujaan, joten yksityinen sektori tulee lisäämään ja monipuolistamaan omia palvelujaan.

Kaiken tämän lisäksi myös palvelujen tarvitsijoiden määrä on kasvussa, erityisesti vanhusväestössä. (Holopainen ym. 2000, 182–183.)

Teollisuusmaissa terveydenhuollon palvelujen kehitystä ohjaamassa on ollut palvelujen taloudellisuuteen tähtääminen samalla, kun tehokkuutta pitäisi lisätä. Taloudellisia voimavaroja on supistettu paljon mielenterveysalueelta, joka on johtanut siihen, että mielenterveyden hoitaminen on jäänyt muiden terveydenhuollon osa-alueiden varjoon. Suomessa terveydenhuollon järjestäminen on kuntien vastuulla, samoin kuin poliittinen vastuu mielenterveyspalvelujen tilasta. Lainsäädäntö kuitenkin määrittelee kuinka mielenterveystyön ja psykiatrisen sairaanhoidon kuuluisi toimia ja miten sitä tulisi toteuttaa. Valtion tehtävänä on myöntää valtionosuuksia, jotta kunnat pystyvät tuottamaan palveluja paremmin. Viimekädessä valtion tehtäväksi jää terveystalouden rajojen määrittäminen ja vähittäisvaatimusten luonti. (Holopainen ym. 2000, 77.)

Sairaalapaikkojen vähentäminen on tuonut mittavia säästöjä, mutta näitä varoja ei ole juurikaan ohjattu avohoidon kehittämistä varten. Maailmanlaajuisesti mielenterveyspalvelujen rakennemuutokseen suhtaudutaan hyvin optimistisesti. Tämän optimismin pohjalla ovat uudet täsmälääkkeet, kuvantamismenetelmät sekä ihmisen genomien selvittäminen. Opetukseen sekä tutkimukseen on viime vuosina pyritty panostamaan perustamalla yliopistoklinikoiden yhteyteen virkoja, joiden palkan on maksanut osaksi yliopisto, osaksi yliopistollinen sairaala tai jokin muu laitos. (Hakola, Isohanni, Joukamaa, Koponen, Leinonen & Lepola. 2008, 302.)

## 5 MIELENTERVEYSTYÖN AVOPALVELUT

Avopalveluista puhuttaessa tarkoitetaan yleensä psykiatrian poliklinikoita, mielenterveyskeskuksia ja ylipäänsä psykiatrisia avohoitopisteitä. Sen sijaan päivätoiminta- ja asumispalvelut ovat avohoidon tukevia palveluita. (Tuori 2011, 1–2.) Kolmas sektori tarjoaa hyvin paljon palveluita, mutta tiedon siirtyminen hoitavalta taholta potilaalle on edelleen ongelmallista. Psykiatrisen asiakas tarvitsisi samanlaisia selvityksiä ja suunnitelmia, joita kirurgiselle potilaalle tehdään kotiutuksen yhteydessä. Moni psykiatrisen potilas on voimaton selvittämään ja vaatimaan oikeuksiaan. Jo pelkästään asioista selvän ottaminen voidaan kokea liian raskaaksi. (Vuorinen 2009, 13.)

Tässä työssä keskitymme aiheen rajaamiseksi ainoastaan psykiatrian poliklinikalla tapahtuvaan hoitotyöhön. Terveystalouden on jakautunut perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoitoon. Erikoissairaanhoito tarjoaa hoitoa sairaala- ja laitoshoidon, puoliavoimena hoitomuotoina, sekä poliklinikka- ja muuna avohoidon. Myös terveyskeskuspalvelut kuuluvat avopalveluihin. (Almqvist, Moilanen, Räsänen & Tamminen. 2000, 330.)

Psykiatrisen avokuntoutuksen tehtäviin kuuluvat kuntoutuspotilaiden poliklinikkatoiminnan järjestäminen, toiminnalliset terapiat sekä kuntouttavan asumisen järjestäminen. Taloudellisten syiden vuoksi pitkäaikaipotilaiden hoitamista avohoidossa kannatetaan, jolloin avokuntoutus on saanut runsaasti resursseja. (Holopainen ym. 2000, 84.) Terveystalouden ja hyvinvoinnin



laitoksen tutkimusprofessori Kristian Wahlbeckin mukaan avopalvelupainotteiseen järjestelmään siirryttäessä tarvitaan edelleen siirtymävaiheeseen resursseja. Tässä vaiheessa mitään säästöjä ei olisi syntymässä. Wahlbeckin mukaan hyvä avohoito ei ole ylhäältä annettua, vaan se tehdään potilaan ehdoilla ja hänen tavoitteitaan kunnioittaen. Tällöin hoitohenkilöstö ja asiakas kohtaavat samanarvoisina. (Salonen 2009, 19.)

Uudistusten myötä organisaatiolle kuuluva maantieteellinen alue on jaettu osiin ja jokaista osaa kohti on siitä vastuussa oleva työryhmä. Työryhmät koostuvat sairaanhoitajista, lääkäreistä, psykologista ja sosiaalityöntekijästä. Työryhmät seuraavat alueensa tilannetta mielenterveyden näkökulmasta. Kriisitilanteita varten avohoidossa toimii kriisityöryhmä. Kriisityöryhmän tehtäviin kuuluu akuuttien kriisien hoitaminen avohoidon toimin. Samalla arvioidaan onko tarvetta sairaalahoidolle. Avohoidossa toimii myös psykoosiryhmä, psykoottisia potilaita varten. (Holopainen ym. 2000, 84.)

## 6 AIEMMAT TUTKIMUKSET

Aiempaa tutkimusta aiheesta on saatavilla tiettävästi vähän tai se on jo vanhentunutta. Muutamia aihetta sivuavia tutkimuksia kuitenkin löytyi sekä Suomesta että maailmalta. Avohoidon kehittämisestä ja hoitajien näkemyksistä ei tutkimusta etsittäessä löytynyt, mutta psykiatristen hoitajien työtyytyväisyydestä sitä löytyy jonkin verran. Kyseessä useimmiten on lähinnä osastolla työskentelevät hoitajat tai vertailua avohoidon ja sairaalahoidon välillä.

Vuonna 2013 tehdyssä vertailevassa tutkimuksessa tulokset antoivat hyvin positiivisen kuvan avopalveluissa työskentelystä verrattuna osastolla työskentelyyn. Työympäristö arvioitiin ylipäättään paremmaksi avohoidossa ja työtä pidettiin itsenäisenä, mutta tiimityöskentelyä kuitenkin arvostettiin ja se osattiin. Hoitajilla oli myös osastolla työskenteleviä kollegoitaan enemmän päätösvaltaa omaan työhönsä, mikä koettiin positiivisena asiana. (Farmakas, Papastavrou, Siskou, Karayiannis & Theodorou. 2013.) Toisaalta avopalveluissa koetaan olevan enemmän organisaatioon liittyviä ongelmia, työn vaatimukset arvioidaan suuremmiksi ja kollegoihin on vähemmän kontaktia kuin osastolla työskentelevillä hoitajilla. Omaan työhön vaikuttamisen lisäksi positiivisen puolelle arvioitiin kuitenkin sosiaaliset suhteet. (Sorgaard, Ryan, Hill & Dawson. 2007.)

Psykiatrisen hoitohenkilökunnan työtyytyväisyyttä arvioitaessa työ itsessään arvioidaan mielekkääksi. Oma työtä arvostetaan, se koetaan riittävän vaativaksi ja siinä pääsee käyttämään omaa osaamistaan laaja-alaisesti. Työssään pääsee tekemään itsenäisiä päätöksiä ja sitä saa suunnitella itsenäisesti. Kuitenkin esiintyi myös tyytymättömyyttä yksikön päätöksentekoon osallistumisessa. Työn kuormittavuus on suurimmaksi osaksi hallinnassa, mutta myös liiallista stressiä koetaan. Stressiä aiheuttivat työntekijöiden määrä sekä työkuorman epätasainen jakautuminen. Tyytymättömyyttä esiintyi myös organisaatiotekijöihin liittyvissä asioissa kuten palkkauksessa, työtiloissa sekä ylimmän johdon arvostuksessa. (Laukkanen 2010.)

Haasteeksi aiemmissa tutkimuksissa nähdään se, etteivät avopalvelut riitä vieläkään vastaamaan sairaansijojen vähennyksestä syntynyttä lisääntyntä hoidontarvetta. Myös palveluiden kysyntä on laajentunut ja monipuolistunut. Uudenlaisia ilmiöitä, kuten epämääräinen oireilu, arjessa selviämättömyys ja henkinen pahoinvointi, on tullut esiin, eikä tähän kyetä nykyisellä palvelujärjestelmällä vastaamaan. Erityisesti vaikeahoitoiset, hoitoon huonosti motivoituvat ja moniongelmaiset potilaat tarvitsisivat uudenlaisia palveluja. (Hintsanen 2009.)

## 7 TYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tässä työssä tarkasteltiin psykiatrisessa avohoidossa esiintyviä hoitotyön kehittämishaasteita. Aihetta lähestyttiin aikuispsykiatriassa työskentelevien hoitajien näkökulmasta.

Työn tarkoituksena on ollut selvittää niitä hoitajien kokemia haasteita, joita hoitotyössä mahdollisesti kohdataan, kun palveluiden järjestäminen muuttuu osastokeskeisestä avopainotteiseksi. Tavoitteena on ollut tuottaa tietoa siitä, miten hoitajat itse haluaisivat työtään kehitettävän, jotta se vastaisi paremmin potilaiden tarpeita. Aihetta tarkasteltiin puhtaasti hoitajien näkökulmasta, potilaita ei ole aiheesta kuultu.

Opinnäytetyötä ohjaavat kysymykset:

1. Miten hoitajat ovat kokeneet työnsä muuttuneen viime vuosina?
2. Mitkä asiat ovat haasteellisia psykiatrisen hoitotyön toteuttamisessa avohoidossa?
3. Mitä asioita hoitotyössä tulisi kehittää hoitajien näkökulmasta?

## 8 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tässä kappaleessa käsitellään tutkimuksessa käytettyä menetelmää sekä aineiston keruuta ja analysointia.

### 8.1 Tutkimusmenetelmä

Itse tutkimus toteutettiin kvalitatiivisena tutkimuksena, sillä tutkimuksessa haluttiin paitsi saada tietoa hoitajien ajatuksista ja asenteista, myös ymmärtää ajan kehityssuuntausta ja sen tuomia haasteita. Tutkittavasta aiheesta Suomessa on tällä hetkellä löydettävissä tiettävästi vähän aiempaa tutkimusta. Kvantitatiiviseen tutkimukseen tarvittaisiin suurella otoksella otettuja aineistoja sekä tilastollisen yleispätevyyden arviointia, joten tässä tapauksessa se ei ollut tilanteeseen sopiva menetelmä. Näin ollen oli perusteltua käyttää tutkimuksessa kvalitatiivista lähestymistapaa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen. 2009, 40–41.)

Jos tutkimusaihe on hyvin sensitiivinen, sopii yksilöhaastattelu hyvin aineiston keruumenetelmäksi ryhmähaastattelujen sijaan. Haastateltava ei välttämättä edes halua keskustella tutkimusaiheesta ryhmässä. Erilaiset haastattelutyypit luokitellaan sen mukaan, kuinka ne on strukturoitu. Haastattelut jaetaan kolmeen tyyppiin, jotka ovat avoimet haastattelut, teemahaastattelut sekä lomakehaastattelut. Avoimessa haastattelussa haastateltavalle annetaan vain aihealue, mistä hän saa vapaasti kertoa, kun taas ääripäänä olevassa täysin strukturoidussa haastattelussa kysymykset on ennalta laadittuja ja ne esitetään aina samassa järjestyksessä. Näiden välimuotona on teemahaastattelu, jota on käytetty paljon hoitotieteessä aineiston keruun muotona. Teemahaastattelussa aihepiirit ja teemat ovat tiedossa, mutta kysymysten tarkka muoto ja varsinainen kysymysten esittämisjärjestys puuttuvat. Tutkija on laatinut valmiit teemat tai keskustelun aihepiiriin etukäteen mutta haastattelutilanteessa kysymysten muotoiluun voi tulla täsmennyksiä tai jopa kysymysten järjestys voi vaihdella. Teemahaastattelussa korostuvat ihmisten antamat tulkinnat ja merkitykset, mutta tutkimustehtävään tulee pyrkiä ensisijaisesti etsimään vastauksia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen. 2009, 95–98.)

Teemahaastattelussa varsinaisten kysymyksen sijaan käytetään teemoja, joiden ympärille haastattelu rakentuu. Teemat ohjaavat haastattelua, mutta eivät ole liian tiukkoja kysymyksiä, jolloin haastateltavan omille ajatuksille ja käsityksille jää tilaa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 97.)

Haastattelumenetelmäksi valittiin juuri teemahaastattelu, sillä tutkimuksessa kartoitettiin hoitajien omia kokemuksia. Teemat itsessään luotiin lähdekirjallisuuden pohjalta. Käytännön toteutus tapahtui yksilöhaastatteluna johon osallistui mielenterveys- ja sairaanhoitajia.

## 8.2 Aineiston keruu ja aineiston analysointi

Kävimme esittelemässä aiheitamme eräällä psykiatrisella poliklinikalla vuoden 2013 alussa. Teimme selväksi, että tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja haastattelut tullaan nauhoittamaan. Samalla annoimme saatekirjeen (liite1).

Tutkimusluvat saimme 4.6.2014.

Esitestasimme haastattelun rungon haastatteleamalla ensin vain yhtä hoitajaa. Saimme kyseisillä teemoilla hyvin vastauksia haettuihin kysymyksiin, joten muutoksiin ei ollut tarvetta (liite2). Koska muutoksia ei tehty, niin ensimmäisen haastateltavan antamaa aineistoa pystyttiin myös hyödyntämään tutkimuksessa.

Tutkimuksessa haastateltiin mielenterveys- ja sairaanhoitajia. Tutkimukseen osallistui viisi hoitajaa (n=5). Hoitajia osallistui sekä akuuttiryhmästä että ajanvarauspuolelta. Haastatteluja käytiin tekemässä kahtena eri päivänä. Hoitajien työkokemus kyseisellä työpaikalla vaihteli useista vuosista juuri aloittaneisiin.

Haastattelut nauhoitettiin. Haastattelujen jälkeen aineisto litteroitiin.

Aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä. Se mahdollistaa erilaisen aineiston analysoimisen kuvaamalla niitä samalla. Sisällönanalyysia on käytetty paljon hoitotieteen tutkimusten aineistojen analysoinnissa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen. 2009, 131.)

Olennaisin asia sisällönanalyysissä on se, että aineistosta erotetaan samankaltaisuudet ja erilaisuudet toisistaan. Aineiston luokittelussa luokat tehdään niin, että ne ovat yksiselitteisiä ja toisensa poissulkevia. (Janhonen & Nikkonen. 2001, 23.)

Tavoitteena on, että käsiteltävästä ilmiöstä tulee tiivis esitys. Näin syntyy erilaisia malleja ja käsiteluokituksia sekä käsitelkarttoja. Sisällönanalyysin vahvuus piilee siinä, että tutkimusasetelma pystyy joustamaan jolloin pystytään luomaan sensitiivistä aineistoa. Sisällönanalyysia pidetään hyvin yksinkertaisena tekniikkana, mutta joustavuutensa ja säännöttömyytensä vuoksi se pakottaa tutkijan ajattelemaan itse. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen. 2009, 134–135.)

Käytimme sisällönanalyysissä induktiivista päättelyä. Aiempaa aineistoa ei juuri ollut saatavilla, joten tutkimuksen ongelman asettelu ohjasi päättelyä.

Analyysissä eteneminen tapahtuu niin, että ensin pelkistetään, sitten ryhmitellään ja lopuksi abstrahoidaan. Litteroinnin jälkeen valitaan analyysiyksikkö. Analyysiyksikkönä voidaan käyttää joko sanaa tai teemaa. Valinta pitää tehdä aineiston mukaan, sillä yhden sanan käyttö analyysiyksikkönä voi olla liian suppea. Tutkimusongelma määrittää valittavaa yksikköä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen. 2009, 136.)

Analyysi aloitetaan muodostamalla analyysirunko. Aineistosta poimitaan muodostetun analyysirungon mukaisia ilmauksia. Ilmaukset jaetaan osatekijöihin, näihin yhteydessä oleviin tekijöihin ja niitä kuvaaviin luokkiin. Kvantifioimisella voidaan jatkaa aineiston pelkistämistä ja luokittelua. Tällöin lasketaan, montako kertaa asia on tullut esiin aineistossa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen. 2009, 137.)

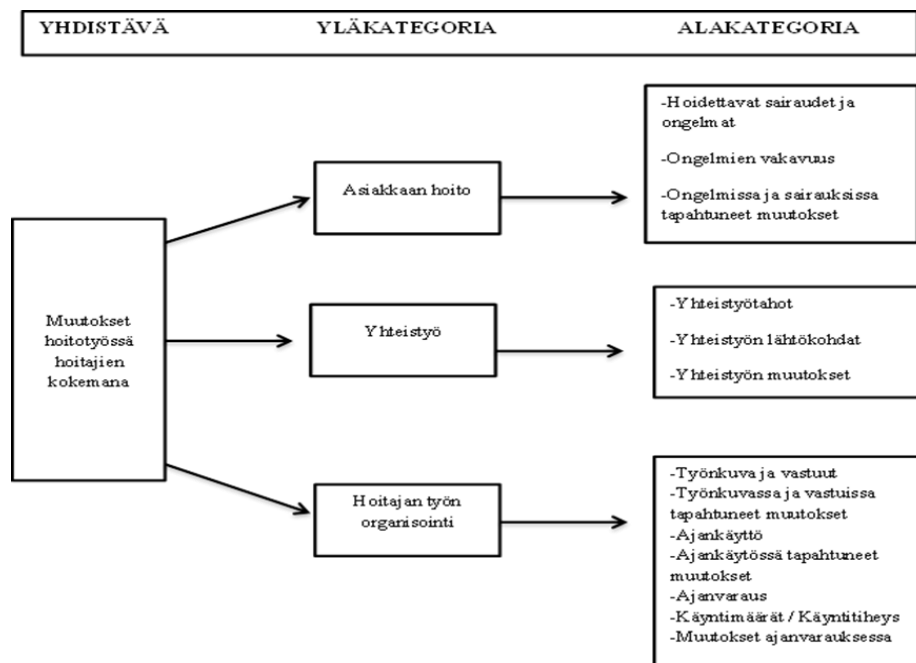
Aineistoa pelkistettäessä esitimme sille tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä. Aineistosta löytyvät vastaukset kirjattiin kattavin termein. (Janhonen & Nikkonen. 2001, 28–29.) Luimme aineiston läpi useaan otteeseen. Pelkistimme lausumat aineiston käsittein ja kirjoitimme ne erilliselle paperille, minkä jälkeen etsimme aineistosta samankaltaisuuksia ja erilaisuuksia. Yhdistimme samaa merkitsevät lauseet kategoriaan ja se piti nimetä mahdollisimman kuvaavalla nimellä. Ryhmittelyn jälkeen yhdistimme alakategoriat, jolloin yläkategoriat muodostuivat. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen. 2009, 137.) Abstrahoinnissa yhdistettiin saman sisältöisiä luokkia, jolloin saatiin yläkategorioita. Näistä syntyivät pääkategoriat. (Janhonen & Nikkonen. 2001, 28–29.)

## 9 TUTKIMUSTULOKSET

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää vastaukset kolmeen laadittuun tutkimuskysymykseen. Aineistosta pyrittiin etsimään vastaukset kyseisiin kysymyksiin. Aineistosta löydetty vastaukset yhdistettiin luoden tällä tavalla alakategoriat. Seuraavaksi ensimmäisessä vaiheessa syntyneet alakatgoriat yhdistettiin ja näin muodostuivat yläkategoriat. Yhdistävinä kategorioina toimivat tutkimuskysymykset. Ensimmäisen tutkimustehtävän yhdistävänä kategoriana ovat muutokset hoitotyössä hoitajien kokemana, toisen tutkimustehtävän yhdistävänä kategoriana haasteet psykiatrisen hoitotyön toteuttamisessa avohoidossa ja kolmannen tutkimustehtävän yhdistävänä kategoriana hoitotyön kehittäminen hoitajien näkökulmasta.

### 9.1 Muutokset hoitotyössä hoitajien kokemana.

Tutkimustulosten mukaan hoitotyössä on viime vuosina tapahtunut muutoksia. Muutoksia on tapahtunut asiakkaan hoidossa, yhteistyössä sekä hoitajan työn organisoinnissa. (Kuva 1.)



Kuva 1. Muutokset hoitotyössä hoitajien kokemana

#### 9.1.1 Asiakkaan hoito

Tutkittavat kertovat, että he kohtaavat työssään monenlaisia sairauksia. Suurimmat yksittäiset ryhmät ovat masennus- ja ahdistuspotilaat, joiden lisäksi hoidetaan myös persoonallisuushäiriöisiä, päihderiippuvaisia sekä psykoosisairauksista kärsiviä potilaita. Psykooseja avohoidossa hoidetaan mahdollisuuksien mukaan. Itsemurhavaarassa olevien potilaiden ohella myös äkilliset kriisityyppiset tilanteet vaativat hoitoa.

Erilaisten ongelmien vakavuusaste vaihtelee paljon. Yleensä hoidettavat tapaukset ovat vaikeita ja sairaudet vakavia.

Haastateltavien mukaan ahdistuneisuus on lisääntynyt ja ihmiset ahdistuvat aiempaa pienemmistä asioista. Myös persoonallisuushäiriöitä tavataan paljon ja niiden on arvioitu lisääntyvän, samoin epämääräisen oireilun. Ongelmat ovat monimutkaisempia, ja niihin saattaa liittyä useita eri asioita. Psykooseihin sen sijaan päästään puuttumaan aikaisemmin, jolloin ne ovat helpommin hoidettavissa.

Hyvin, vaikeita tapauksia hoidetaan, sanotaanko näin.

### 9.1.2 Yhteistyö

Yhteistyö poliklinikalla aloitetaan siitä, ettei potilasta hoideta yksin, vaan omaiset ja muu tukiverkosto tuodaan nopeasti hoitoon mukaan. Sosiaalipuolen viranomaiset ovat aina mukana jos kyseessä on lapsia. Yhteistyötahoja on paljon ja vastaajien mukaan tietoa tahoista on riittävästi. Tarvittaessa yhteistyötä tehdään laajasti sosiaali- ja terveydenhuoltopuolen kanssa.

Kolmannen sektorin kanssa yhteistyötä tehdään tarjonnan mukaan. Muita yhteistyötahoja ovat psykiatrisen osasto, A-klinikka, perheneuvola, perheasiainneuvottelukeskus, mielenterveysseura, sosiaalitoimi, terveyskeskuspsykologit, asumispalvelusäätiö, poliisi, seurakunta ja koulukuraattorit. Verkostopalavereja tehdään esim. mielenterveysseurojen ja avohoidon kuntoutusyksikön kanssa. Työterveyshuollon, työnantajien ja TE-toimiston kanssa tehdään yhteistyötä jatkokuntoutumista suunnitellussa. Sairaalan osastoille tehdään konsultaatiokäyntejä. Ensiapupoliklinikka ottaa tarvittaessa yhteyttä. Lääkärin kanssa yhteistyötä tehdään päivittäin. Haastateltavat kertovat, että yhteistyön pohja on moniammatillisuudessa, eikä työtä tehdä millään tavalla yksin.

Päätavoitteena on, ettei psykiatrisen poliklinikan palveluita tarvittaisi koko ajan yhtä tiiviisti, koska elämän ei kuulu olla pelkästään hoidossa oloa, vaan se koostuu monista muista asioista. Yhteistyötahot ovat hieman lisääntyneet, mm. kolmannen sektorin kanssa tehdään enemmän yhteistyötä ja sen hyödyntäminen olisikin tärkeää. Erilaisia projekteja ja hankkeita on tullut enemmän. Hankkeet on suunnattu enemmän erityisille ryhmille, esimerkiksi nuorille. Omaiset ovat kuitenkin kaikkein tärkein yhteistyökumppani.

Mut et on et yhteistyötahot on lisääntynyt jonkin verran, mut et omaiset on se kaiken tärkein ehkä.

### 9.1.3 Hoitajan työn organisointi

Hoitajan työnkuva on avohoidossa laaja. Potilaat otetaan vastaan tiiminä yhdessä hoitajaparin kanssa. Lääkäri ei välttämättä ole ensimmäisellä kerralla mukana. Työdiagnoosia täytyy tehdä jatkuvasti, on arvioitava ja ero-

teltava eri sairaudet toisistaan. Hoitajan työnkuvaan kuuluu hoitosuunnitelman teko, toteutus ja hoidon arvioiminen. Haastateltavat kokivat, että hoitajan työnkuva on varmistaa, että hoito toteutuu.

Akuuttiryhmä on vastaanottoryhmä, jossa otetaan vastaan akuuttitapaukset ja siellä hoidetaan tutkimukset. Siellä hoitajat päättävät hoidosta paljon itse, koska lääkäri on mukana vain tarpeen mukaan tai konsultoivana. Tämä tuo hoitajille vastuuta mutta myös vapautta. Päivystys on vastuullinen osa työtä, sillä jo puhelimessa olisi tehtävä ratkaisu siitä, otetaanko heti vastaan vai ohjataanko muualle ja mihin. Pidemmät hoitosuhteet tulee siirtää akuuttiryhmästä tehokkaammin ajanvaurauspuolelle. Potilaita vastaanotetaan poliklinikan tiloissa, käydään kotikäynneillä sekä verkosto- ja viranomaispalavereissa.

Vastaajat kertovat työn olleen aiemmin lääkäripainotteisempaa. Muuten suuria muutoksia ei ole tapahtunut. Suuri osa työajasta kuluu puhelimessa, jossa sekä pidetään palavereja yhteistyötahojen kanssa että suunnitellaan aikatauluja. Kaikkia puheluita ei voi kirjata eikä tilastoida, joten on paljon sellaista työtä, joka ei näy missään. Tutkittavat kertoivat, että omainen saattaa soittaa pitkän puhelun, jonka jälkeen hän kieltää kertomasta potilaalle puhelusta. Tällöin puhelua ei voida kirjata eikä välttämättä aina tilastoidakaan. Aikaa kuluu paljon myös perinteiseen vastaanottotyöhön. Potilastapaamisiin menee yleensä tunnista puoleentoista, vaikka tapaamisen tulisi kestää 45 minuuttia. Myös kirjaaminen arvioitiin aikaa vieväksi erityisesti, jos sitä ei osata kunnolla.

Vastaajat arvioivat puhelintyöskentelyn lisääntyneen paljon. Samoin on käynyt kirjaamisen määrälle sekä ylipäättään tietokonetyöskentelylle. Ajankäyttö potilaan kanssa sen sijaan on pysynyt samanlaisena. Jokainen hoitaja antaa itse omat aikansa, koska he tietävät parhaiten sen, kuinka paljon aikaa tarvitaan. Tästä tutkittavat olivat myös tyytyväisiä. Potilas saa ajan edellisellä käynnillä tai puhelimitse. Akuuttiryhmään soittaa joko potilas itse tai sitten joku yhteistyötahoista ja ajanvaraus tehdään sen perusteella. Aikoja varataan myös läheteiden avulla. Päivystäjä ottaa puhelut vastaan ja seuraavana aamuna mietitään, että tapaako akuuttiryhmä vai siirretäänkö ajanvaraukseen vai palautetaanko mahdollinen lähete takaisin.

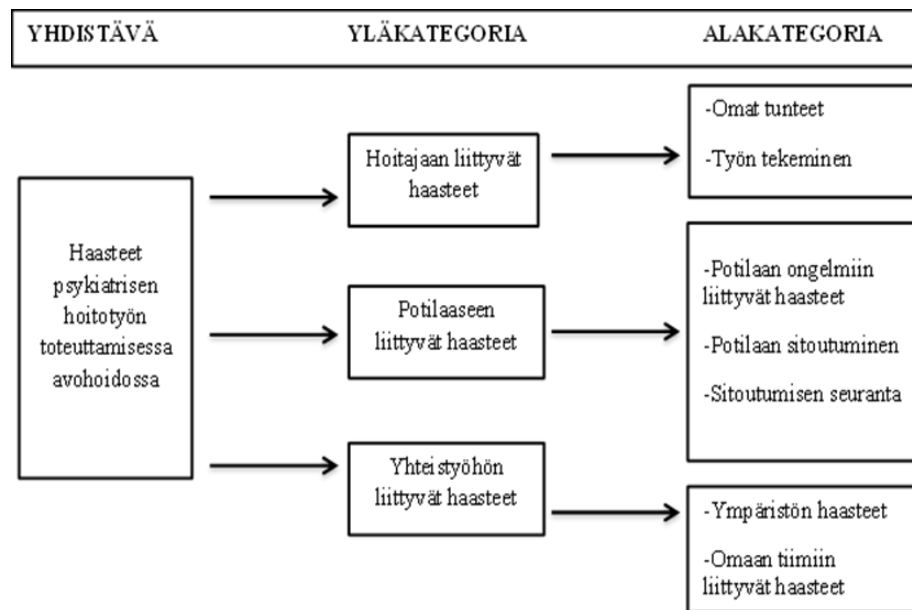
Potilaskäyntien määrä vaihtelee hyvin paljon riippuen potilaan asioista. Hoitajat arvioivat ajoittain kuinka tiheästi potilasta on tarvetta nähdä. Tiukkoja rajoja ei ajanvarauspuolella ole, vaan käyntimäärät ovat yksilökohtaisia. Akuuttiryhmässä sen sijaan käyntimäärät on selkeämmin päätetty. Vastaajien mukaan ajanvaraus on ennen ollut paljon vaikeampaa. Se oli hierarkkista ja läheteet kulkivat monen käden kautta. Sähköinen asiointi on helpottanut ajanvarausta. Usein ajat varataan puhelimitse potilaan itsensä kanssa.

Ite saadaan onneks arvioida se, ettei sitä arvioi kukaan muu, kun me sitä potilasta tavataan. Me saadaan aikalailla ite tehdä, niin se tekee tästä työstä semmosen, että miks tätä jaksaa, koska siihen pystyy ite vaikuttaa niin paljon. Et pystyy tekemään sen niin kun haluaa tehdä, et jos joku tuntuu et on

niin huonos kunnos, tai on vaikka joku itsemurhavaara niin sit pystyy ottamaan sen ylihuomenna uudestaan.

## 9.2 Haasteet psykiatrisen hoitotyön toteuttamisessa avohoidossa

Psykiatrisessa avohoidossa kohdetaan tutkimuksen mukaan useita haasteita. Haasteet liittyvät hoitajaan itseensä, potilaaseen sekä yhteistyöhön. (Kuva 2.)



Kuva 2. Haasteet psykiatrisen hoitotyön toteuttamisessa avohoidossa

### 9.2.1 Hoitajaan liittyvät haasteet

Vastaajien mukaan työssä kohdetaan vaikeita asioita, jotka herättävät hoitajassa tunteita. Joskus niitä voi olla vaikea työpäivän jälkeen jättää taakseen. Lisäksi työssä on olemassa vaara, että hoitaja saattaa muuttua kyyniseksi. Siksi on tärkeää, ettei hoitaja ala luokitella potilaitaan, vaan muistaa, että jokainen potilas on oma yksilönsä.

Hoitajan on pysyttävä tuoreena ja siitä on vastaajien mukaan muistutettava itseään päivittäin. Potilaita diagnosoidaan liikaa ja vertaillaan toisiinsa ja haastateltavien mukaan se jättää paljon asioita pois, vaikka auttaakin havainnoimaan.

Varmaan se on semmosta työstä, ihmisistä ei oo haastetta, eikä mistään muualta, ku pysyy itte semmosena, niinku tuoreena. Se on, sitä täytyy muistuttaa päivittäin.



### 9.2.2 Potilaaseen liittyvät haasteet

Tutkimuksessa haasteelliseksi potilasryhmäksi nousi erityisesti vaativasta persoonallisuushäiriöstä kärsivät potilaat. Haastetta avohoidossa tuottaa myös potilaiden ongelmien laajuus ja moninaisuus, jolloin rajan vetäminen on vaikeaa.

Potilaan hoitoon sitoutuminen on vaihtelevaa ja se riippuu paljon potilaan ongelmista sekä siitä, kuka on alun perin ottanut yhteyttä hoitavaan tahoon. Itse hoitoon hakeutuvat potilaat ovat yleensä myös sitoutuneita, samoin potilaat, jotka käyvät säännöllisesti. Joukossa on kuitenkin myös niitä potilaita, jotka joko käyvät epäsäännöllisesti tai jättäytyvät kokonaan pois. Potilaiden sitoutumisessa ei ole tapahtunut muutosta aiempaan verrattuna. Sairaudentunnottomat ja persoonallisuushäiriöiset, erityisesti epävakaa persoonallisuus, sekä päihdeongelmaiset sitoutuvat hoitoonsa huonosti ja se on haasteellista. Hoitajan on osattava asettua potilaan asemaan silloin kun tämä on lähetetty hoitoon sairaudentunnottomana.

Sitoutumista parantaa vaihtoehtoista ja hoidosta kertominen, ja potilaat osallistuvatkin helposti hoitoonsa ja sen suunnitteluun. Tehtävien antaminen sopii osalle. Puhumalla etsitään auttamiskeinoja, mutta itsemääräämisoikeus on muistettava koko ajan. Hoitajan on osattava kuunnella asettumatta potilaan yläpuolelle.

Sitoutumista auttaa se, että potilas löytää vaihtoehtoista ja näkökulmista jotakin omaa ja hän kokee olevansa hoidossa itsellensä sen sijaa, että häntä määrätään. Myös sakkomaksuilla yritetään sitouttaa niitä potilaita, jotka jättävät helposti tulematta ajoilleen, ja se onkin tuonut säännöllisyyttä, sillä potilaat ovat oppineet perumaan aikansa sen sijaan, että jättävät vain tulematta. Sitoutumisen seuranta on kuitenkin vaikeaa, eikä varsinaista mittaria siihen ole. Sitoutumisen arviointiin käytetäänkin vastaajien mukaan lähinnä käyntimääriä ja hoidon pituutta.

No seuraaminen ainakin on hirveen vaikeeta. Ku mä mietin mittaria että millä sitä vois mitata, niin eipä sitä juurikaan ole.

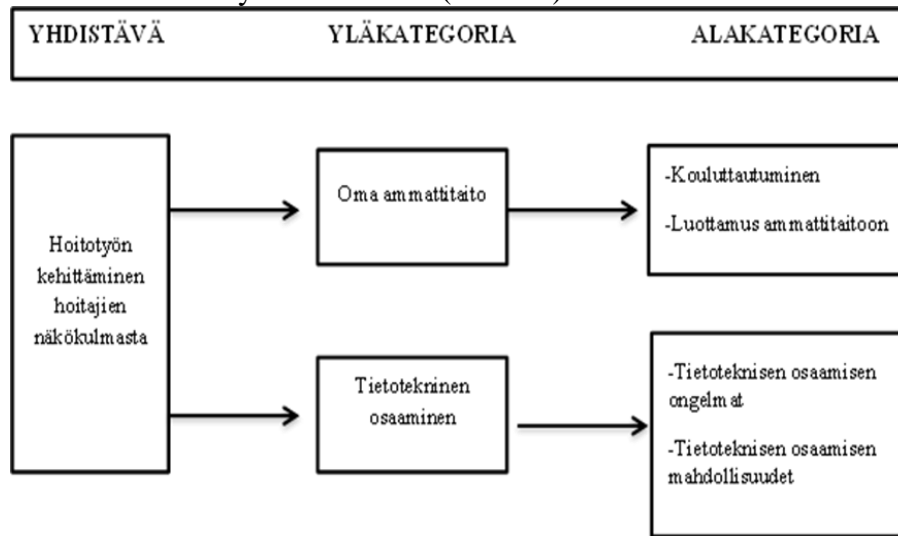
### 9.2.3 Yhteistyöhön liittyvät haasteet

Vastaajien mukaan sairaalahoidon vähäisyys ja perusterveydenhuollon mielenterveystyön huono resursointi ovat haasteita. Omassa tiimissä haastetta tuottaa lääkärin saatavuus, sillä hän on tavattavissa aiempaa vähemmän eikä hän välttämättä ehdi tavata jokaista potilasta ollenkaan hoitojakson aikana.

Perusterveydenhuollon mielenterveystyö on huonosti resurssoitu tällä hetkellä. Se vaikuttaa sit taas tähän meidän työhön.

### 9.3 Hoitotyön kehittäminen hoitajien näkökulmasta

Hoitajat itse toivoisivat kehitystä tapahtuvan omaan ammattitaitoon ja tietotekniikkaan liittyvissä asioissa. (Kuva 3.)



Kuva 3. Hoitotyön kehittäminen hoitajien näkökulmasta

#### 9.3.1 Oma ammattitaito

Haastateltavien mukaan kouluttautuminen on tärkeää, jotta ammatillinen tieto karttuu ja osaaminen vahvistuu. Kouluttautumisen myötä työtä pystyy tekemään avarakatseisemmin yhteen asiaan urautumisen sijaan. Opiskeltavien asioiden kirjo on hyvin laaja, mutta esimerkiksi haasteellisiin potilaskohtauksiin annetaan työkaluja lisäkoulutuksissa. Vastaajat toivovat, että heidän ammattitaitoonsa luotettaisiin sen sijaan, että käskyjä annetaan vain ylhäältä päin.

Et sais olla semmonen, vähän niinku, kun on ammattitaitoo tietysti, niin siihen luotettais enemmän, se on se hoitomene-  
telmä mitä käytettäis. Ei tulis niinku ylhäältä päin, että teidän pitäis tehdä noin.

#### 9.3.2 Tietotekninen osaaminen

Viimeisen kymmenen vuoden aikana tekniset laitteet ovat lisääntyneet paljon. Peloksi nousi se, että tietokoneella tehdään tulevaisuudessa entistä enemmän töitä, jolloin kehityksen ajateltiin menevän huonompaan suuntaan. Tietokone jopa jätettäisiin pois ja otettaisiin käyttöön paperiversiot, mikäli se olisi mahdollista. Toisaalta kuitenkin nähtiin, että tietokoneen avulla ihmisiä voi tavoittaa helposti, joten työskentely etätyönä kotoa päin voisi olla mahdollista tietokoneen avulla. Tietokoneen myös toivottiin olevan kannettava, jotta sen voisi ottaa mukaansa kotikäynneille. Kannettava tietokone vähentäisi merkintöjen päällekkäisyyttä ja säästäisi aikaa kun kirjaaminen ja ajanvarausten muuttaminen helpottuisi. Toimiva idea voisi myös olla sosiaalisen median käyttö hoidon apuna esimerkiksi nuorten tavoittamiseksi. Työntekijöiden ajateltiin hallitsevan sosiaalisen medi-

an käytön, mutta toisaalta tiedostettiin, että se voisi olla osalle vaikeaa ja vierasta.

Se, että oltas jossain somessa, niin mun mielestä se ois hyvä juttu, koska tulee kuitenkin käyttöön niin, niin varsinkin nuorten kans. Ois helpompaa varmaan heidät tavoittaa.

## 10 TULOSTEN TARKASTELU

Tässä kappaleessa tarkastellaan tutkimuksen tuloksia ja esitetään jatkotutkimusehdotukset. Lisäksi tarkastellaan tutkimuksen luotettavuutta ja eettisyyttä.

### 10.1 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Tutkimuksessa saatiin vastauksia tutkimuskysymyksiin. Potilailla näkyi erityisesti ahdistuneisuuden lisääntyminen sekä se, että pienemmät asiat ahdistavat aiempaa enemmän. Myös persoonallisuushäiriöiden nähtiin lisääntyneen ja niiden ajateltiin tulevaisuudessa lisääntyvän entisestään. Psykooseihin sen sijaan ajateltiin päästävän nopeammin kiinni, jolloin ne ovat myös helpommin hoidettavissa.

Yhteistyössä muutosta nähtiin tapahtuneen lähinnä siinä, että yhteistyötahot ovat hieman lisääntyneet ja erilaisia projekteja ja hankkeita on tullut lisää. Omassa työssään hoitajat arvioivat tapahtuneen joitakin muutoksia. Työ on ollut aiemmin lääkäripainotteisempaa. Puhelin- ja tietokonetyöskentely on lisääntynyt, potilaan kanssa käytetty aika sen sijaan on pysynyt samana.

Edeltävissä tutkimuksissa oli kaivattu enemmän uudenlaisia palveluja erityisesti vaikeahoitoisille, moniongelmaisille sekä huonosti motivoituneille. (Hintsanen 2009.) Tämän tutkimuksen pohjalta näyttäisi siltä, että palvelujen monipuolistumisessa on päästy hieman eteenpäin.

Tutkimuksessa korostui aiempien tutkimusten tapaan toisaalta työn itenäisyys ja toisaalta yhteistyön tekeminen. Hoitajilla on paljon vastuuta, mutta myös vapautta ja he itse arvostavat sitä. Ammattitaitoa lisätään ja pidetään yllä täydennyskoulutusten avulla, joihin osallistumisen hoitajat arvioivat tärkeäksi. Lisäksi toivottiin, että hankittuun ammattitaitoon luotettaisiin myös ylemmällä taholla. Suureksi vaaraksi hoitajan itsensä kannalta materiaalisissa nousi kyynistymisen mahdollisuus ja potilaiden luokitelu. Jatkossa olisi hyvä miettiä, millä keinoilla tätä voidaan estää ja tukea hoitajien työssä uudistumista ja tuoretta näkemystä. Aiemmissa tutkimuksissa vastuu koettiin ennemminkin hieman ongelmallisemmaksi, koska työn vaatimukset oli arvioitu suuriksi. Samalla olisi toivottu enemmän kontaktia muihin kollegoihin. (Sorgaard ym. 2007.)

Haasteeksi tutkimuksessa koettiin myös potilaiden ongelmien monimutkaistuminen ja epämääräisen oireilun lisääntyminen. Rajan vetäminen koettiin vaikeaksi, sillä usein potilaan ongelmiin nivoutui muitakin ongelmia

ja uusia ihmisiä. Epämääräinen oireilu oli otettu esiin myös aiemmissa tutkimuksissa. Niiden mukaan tähän uuteen ilmiöön ei vielä nykyisellä palvelujärjestelmällä pystyttäisi kunnolla vastaamaan. (Hintsanen 2009.)

Tietotekniikan kehitys nähtiin sekä uhkana että mahdollisuutena. Vastauksista ilmeni, että toisaalta tietokonetyöskentelyn lisääntymisen nähtiin johtavan huonompaan suuntaan ja toisaalta taas sen mahdollisuuksia esimerkiksi sosiaalisessa mediassa ja ihmisten tavoittamisessa haluttiin hyödyntää ja kehittää. Tästä voitaneen päätellä, että tietoteknistä osaamista tulisi tukea riittävästi, jotta sen mahdollisuudet voidaan hyödyntää käytännössä.

Olisi myös hyvä miettiä tietokoneiden muotoa. Hoitajat ajattelivat, että liikkuvassa työssä kannettavista koneista olisi hyötyä, jotta asiat voidaan kirjata ylös mahdollisimman nopeasti eikä esimerkiksi ajanvarauksia tarvitsisi tehdä moneen paikkaan. Edeltävissä tutkimuksissa ei ollut tullut esille tietotekniikkaan liittyviä vastauksia.

Tämän työn perusteella potilaiden hoitoon sitoutumista oli vaikea seurata. Jatkossa voisikin selvittää mahdollisuuksia jonkinlaisen mittarin kehittämiseen kyseiseen asiaan. Tämä helpottaisi huonosti sitoutuvien potilaiden tunnistamista ajoissa, jolloin heidän sitouttamistaan voitaisiin miettiä heti hoitosuhteen alusta asti.

Toinen mahdollinen jatkotutkimuksen kohde voisi olla perusterveydenhuollon mielenterveyshuollon osaamisen selvittäminen. Aineistosta selvisi, että perusterveydenhuollon mielenterveyshuollon osaamista pidettiin huonosti resursoituna ja se vaikutti poliklinikan hoitajien työhön. Hyvän ja kattavan avopalvelujärjestelmän kannalta olisi tärkeää, että toimivuus alkaisi jo perusterveydenhuollosta. Tällä hetkellä käytettävien resurssien ja osaamisen selvittäminen olisi tärkeä askel tähän suuntaan.

## 10.2 Luotettavuus

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttavat monet tekijät. Näihin kuuluvat tutkijan taidot, aineiston laatu, aineiston analyysi ja tutkimustulosten esittäminen. Laadullisen tutkimuksen validiteetti saavutetaan, jos tutkimuksella saadaan tietoa tarkastelun alaisesta asiasta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 159–160.)

Jos tutkijalla itsellään ei ole kokemusta ennestään tutkimuksen teosta, niin tällöin valikoivat havainnot ja tulkinnat voivat olla haitaksi tutkimuksen luotettavuudelle. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 159–160.)

Kvalitatiivisen tutkimuksen neljä tärkeintä luotettavuuden arvioinnin kriteeriä ovat vahvistettavuus, riippuvuus, siirrettävyys sekä uskottavuus. Sisällönanalyysiä tehtäessä aineisto tulisi pelkistää niin, että se kuvaisi mahdollisimman luotettavasti tutkittavaa asiaa. Tutkimuksen luotettavuutta lisää, jos aineiston keruu on monipuolista ja vertailua tehdään jatkuvasti tutkimuksen analyysin aikana. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 159–160.)

Tässä tutkimuksessa aineiston analyysiin käytettiin runsaasti aikaa ja aineistoa luettiin läpi useaan otteeseen, jotta käsitteitä pystyttiin tarkentamaan. Tämän tutkimuksen tulosta muokkaa myös se, kuinka tutkijoiden aineistonkäsittelytavat vaikuttavat itse tulosten analysointiin.

Tutkimuksen tulokset tulisi kuvata selkeästi, jotta lukija ymmärtäisi miten analysointi on edennyt. Jokainen vaihe kuvataan työssä vaihe vaiheelta, jolloin tutkimuksen rajoitukset ja vahvuudet tulevat esille. Tutkimukseen osallistuvien henkilöiden valinnat ja taustojen selvittäminen ovat tärkeitä, jotta saadaan oikeanlaista tietoa tutkimus ongelmiin. (Kankkunen ym. 2009, 160.)

Suurena haasteena on se, miten tutkija pystyy pelkistämään aineistonsa niin, että se kuvaa mahdollisimman luotettavasti tutkittavaa ilmiötä. Saatujen tulosten ja aineiston välille tulee osoittaa luotettavaa yhteyttä. Face-validiteetin käyttö tai toisen luokittelijan käyttö lisäävät sisällönanalyysin luotettavuutta. (Janhonen & Nikkonen. 2001, 36–37.)

Haastateltaviksi tulleet henkilöt oli tarkkaan rajattu, jotta vastaukset liittyisivät kysyttyihin aihealueisiin ja saatuja tuloksia voisi hyödyntää myös muissa yksiköissä. Vastaajiksi tähän opinnäytetyöhön valittiin sellaisia henkilöitä, jotka työskentelevät psykiatrian poliklinikalla avopalveluita tarjoten. Otoksen valinta perustui hoitajien vapaaehtoisuuteen, eikä heitä valittu minkään työn tekijöiden asettamien kriteerien mukaan. Niinpä myös otoksen koko riippui poliklinikan hoitajien motivaatiosta ja kiinnostuksesta osallistua tutkimukseen. Tavoitteena oli haastatella vähintään viittä henkilöä ja tähän tavoitteeseen päästiin.

Tutkimusaineisto on jaettu kategorioihin, jotka on tarkkaan valittu, jotta ne kattaisivat hyvin koko aineiston. Aineiston analysoinnin eteneminen on kuvattu taulukoin mahdollisimman tarkasti. Työssämme on esitetty myös suoria lainauksia haastatteluteksteistä. Tällöin lukijan on helpompi pohtia aineiston keruun etenemistä ja samalla varmistetaan tutkimuksen luotettavuutta.

Haastatteluissa on hyvä ottaa huomioon vallitsevan ilmapiiri ja muut mahdolliset haastattelutilanteeseen vaikuttavat seikat. Nämä seikat voivat vaikuttaa saatuihin tuloksiin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen. 2009, 161.) Osassa haastatteluista informaatiota tuli niukasti riippuen siitä, kuinka kauan kyseisessä työpaikassa henkilöt olivat työskennelleet. Pääosin vastauksia tuli kattavasti ja aina löytyi uusia näkemyksiä.

Kvalitatiivista tutkimusta tekevä työskentelee yleensä yksin, jonka takia tutkimuksen luotettavuus saattaa kärsiä, sillä tutkimusta tekevä voi tulla sokeaksi omalle tutkimukselleen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 159).

Tämän työn kannalta tämä luotettavuus on hieman korkeampi, koska tutkimusta on ollut tekemässä kaksi henkilöä, jolloin toinen henkilö tuo esiin toisenlaista näkökulmaa.

### 10.3 Eettisyys

Eettisyyden huomioimista ohjaa vuoden 1964 Helsingin julistus. Se on kansainvälisesti hyväksytty tutkimusetiikan ohjeistus. Eettinen vastuullisuus perustuu siihen, että laadullinen tutkimusaineisto ja tutkimuksen kaikki vaiheet toteutetaan tarkkaan ja rehellisesti. Tutkijan on mietittävä, miten työ vaikuttaa yhteiskunnallisesti, mutta myös sitä, miten se tulee vaikuttamaan siihen osallistuviin henkilöihin. Tutkimuksen oikeuden lähtökohtana on sen hyödyllisyys. Tutkimustulosten hyöty ei aina vaikuta suoraan tutkittaviin henkilöihin, vaan tutkimustuloksista saattaa olla hyötyä tulevaisuudessa. Tutkimusta tehdessään tutkijan tulee välttää tekemästä tarpeetonta haittaa sekä epämukavuuksia. Haitat voivat olla taloudellisia, sosiaalisia, emotionaalisia että fyysisiä. Hoitotieteellisessä tutkimuksessa ollaan yleensä hyvin sensitiivisten asioiden äärellä, joten tutkimukseen osallistuvalla voi herätä voimakkaita tunteita. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen. 2009, 173–177.)

Hyvin tärkeä lähtökohta on, että osallistuminen tutkimukseen on aidosti vapaaehtoista. Näin kunnioitetaan potilaiden ja asiakkaiden itsemääräämisoikeutta. Tutkimukseen osallistuvalla tulee antaa mahdollisuus esittää kysymyksiä tai keskeyttää tutkimus. Vastaajan ei ole pakko antaa tietoa jos hän ei sitä halua. On hyvä myös pohtia mikä on tutkijan rooli suhteessa tiedonantajiin. (Janhonen & Nikkonen. 2001, 39.)

Keskeinen huomioitava asia tutkimusta tehtäessä on siihen osallistuvien anonymiteetti. Kerättyyn aineistoon ei kukaan ulkopuolinen saa päästä käsiksi, eikä sitä saa luovuttaa eteenpäin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen. 2009, 179–180.)

Tähän tutkimukseen osallistuville hoitajille kerrottiin, että osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja pyydettiin suostumus heidän antamiensa tietojen käyttöön. Haastattelut poistettiin ja litteroidut tekstit tuhottiin niiden analysoinnin ja julkaisun jälkeen, jotta haastateltavien anonymiteetti säilyisi. Suorat lainaukset on valittu niin, ettei niistä voi päätellä niiden alkuperäistä esittäjää.

## LÄHTEET

- Almqvist, F., Moilanen, I., Räsänen, E. & Tamminen, T. 2000. Lasten- ja nuorisopsykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Farmakas A., Papastavrou E., Siskou O., Karayiannis G. & Theodorou M. 2013. Challenges in mental health nursing: working in institutional or community settings? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 21 (1), 39-45. Verkkojulkaisuun viitattu 3.11.2014.  
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jpm.12045/full>
- Hakola, P., Isohanni, M., Joukamaa, M., Koponen, H., Leinonen, E. & Lepola, U. 2008. Psykiatria. Helsinki: WSOY
- Heikkinen, M., Henriksson, M., Lönnqvist, J., Marttunen, M. & Partonen, T. 2003. Psykiatria. Hämeenlinna: Kustannus Oy Duodecim.
- Helén, I. 2011. Reformin pirstaleet. Mielenterveyspolitiikka hyvinvointivaltion jälkeen. Porvoo: Bookwell Oy.
- Hintsanen, P. 2009. Laitosvaltaisesta mielisairaanhoidosta hajautuneisiin mielenterveyspalveluihin. Tampereen yliopisto, Sosiaalityön tutkimuksen laitos. Sosiaalityön pro gradu -tutkielma. Viitattu 13.4.2014.  
<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/80832/gradu03736.pdf?sequence=1>
- Holopainen, A., Jokinen, M. & Välimäki, M. 2000. Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa. Helsinki: WSOY.
- Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.
- Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009- 2015. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 9.10.2012.  
<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/53837d85-321b-4694-90ad-a2332abaea71>
- Laitila, M. & Pietilä, A-M. 2012. Työntekijöiden käsityksiä asiakkaan osallisuudesta mielenterveys- ja päihdetyössä. *Tutkiva Hoitotyö* 1 (10), 22–29.
- Laukkanen M. 2010. Mielen hoito on mielekästä työtä, Psykiatrisen hoito-henkilöstön työtyytyväisyystutkimus. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma. Viitattu 3.11.2014.  
[http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20100014/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20100014.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20100014/urn_nbn_fi_uef-20100014.pdf)

Latvala, E. 1998. Psykiatrisen potilaslähtöinen hoitotyö laitosympäristössä. Oulun yliopisto, Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos. Väitöskirja. Viitattu 27.9.2014.

<http://herkules.oulu.fi/isbn9514250680/isbn9514250680.pdf>

Lehtinen, V. & Taipale, V. 2005. Mielenterveystyö ja psykiatrisen sairaanhoidon. Duodecim Terveyskirjaston julkaisu. Viitattu 27.9.2014. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=suo00054](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00054)

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2008. Etiikka hoitotyössä: Tutkimuksen tietolähteiden valinta. Helsinki: WSOY, 366–368.

Mielenterveyslaki. Viitattu 27.9.2014.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>

Moring, J. n.d. Psykiatriseen sairaalaan lähettäminen. Therapia Fennica. Viitattu 3.9.2013.

[http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Psykiatriseen\\_sairaalaan\\_lahettaaminen](http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Psykiatriseen_sairaalaan_lahettaaminen)

Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto. n.d. Sairaalat alas? Viitattu 10.10.2012

[http://www.omaisten.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=176&Itemid=34](http://www.omaisten.org/index.php?option=com_content&view=article&id=176&Itemid=34)

Partanen, A., Moring, J., Nordling, E. & Bergman, V. 2009. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Suunnitelmasta toimeenpanoon vuonna 2009. THL:n julkaisuja. Viitattu 13.4.2014.

<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/53837d85-321b-4694-90ad-a2332abaea71>

Shorter, E. 2006. Psykiatrian historia. Helsinki: Hakapaino Oy.

Sorgaard KW., Ryan P., Hill R. & Dawson I. 2007. Sources of stress and burnout in acute psychiatric care: inpatient vs. community staff. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 42 (10), 794–802.

Tuori T. 2011. Psykiatrian rakennemuutos Suomessa. Terveystieteiden ja hyvinvoinninlaitoksen julkaisu. Suuntaaja 1/2011. Viitattu 27.9.2014.

<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/16c29c03-76b7-4056-be5b-4a332c08a84e>

Vuorinen, J. 2009. Hoito–Suomen monet kasvot. Mielenterveysseuran julkaisu. Mielenterveys (4), 12–14.

Vähäkylä, L. 2006. Hoidossa vai heitteillä? Mielenterveyspotilaana Suomessa. Hämeenlinna: Minerva Kustannus Oy.

Wahlbeck, K. 2009. haastattelussa Kohti monimuotoista avohoitoa. Salonen K. Mielenterveysseuran julkaisu. Mielenterveys (2), 18–19.



## SAATEKIRJE

Tervehdys henkilökunta!

Olemme kaksi sairaanhoitajiksi joulukuussa 2014 valmistuvaa opiskelijaa Hämeen ammattikorkeakoulusta Forssan yksiköstä. Koulutuksemme osana on opinnäytetyön tekeminen. Aiheenamme on psykiatrisen avohoidon hoitajien kokemuksia hoitotyön kehittämishaasteista. Tällä hetkellä avopalveluihin siirtymisestä käydään kovasti keskustelua.

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää haasteita, joita hoitotyössä mahdollisesti kohdataan, kun palveluiden järjestäminen muuttuu osastokeskeisestä avopainotteiseksi. Tavoitteenamme on tuottaa tietoa, miten hoitajat haluaisivat työtään kehitettävän, jotta se vastaisi paremmin potilaiden tarpeita.

Tulemme osastollenne tekemään haastatteluja toukokuun 2014 alussa. Haastatteluihin osallistuminen on vapaaehtoista ja sen saa keskeyttää missä vaiheessa tahansa. Haastattelut nauhoitetaan. Saadut tiedot käytetään ainoastaan tähän opinnäytetyöhön ja tuhoataan analysoinnin jälkeen. Aineistoa ei anneta kenenkään ulkopuolisen käsiin ja henkilöllisyytenne ei tule missään vaiheessa esille.

Haastattelujen kesto riippuu siitä, kuinka pitkiä vastauksia haastateltava antaa. Kesto ajaksi arvioimme 20- 40 min. Toivomme, että mahdollisimman moni on halukas osallistumaan tutkimukseemme, mutta vähintään viisi haastateltavaa olisi työn kannalta vaadittava määrä.

Lisätietoja voi halutessaan pyytää sähköpostitse:

krista.maarala@student.hamk.fi

[raine.ylitalo@student.hamk.fi](mailto:raine.ylitalo@student.hamk.fi)

## TEEMAT

1. Potilaiden sairauden tila ja sen mahdollinen muutos viime vuosina.
  - Millaisia sairauksia? Kuinka vakavia? Onko potilaiden sairauden tilassa tai vakavuudessa tapahtunut muutosta? Millaisia muutoksia?
2. Hoitajan työnkuva ja vastuualueet sekä niiden mahdollinen muutos viime vuosina.
  - Millaisia työtehtäviä? Onko jaettu vastuualueita ja miten? Millaisia vastuualueita? Onko näissä muutoksia verrattuna aiempaan?
3. Potilaan sitoutuminen ja osallisuus.
  - Ovatko potilaat sitoutuneita / enemmän tai vähemmän sitoutuneita kuin ennen? Miten se näkyy? Osallistuvatko he helposti hoitoonsa? Millä tavalla? Miten sitouttaa heitä enemmän? Miten potilaan hoitoon sitoutumista seurataan?
4. Yhteistyö.
  - Minkälaista yhteistyötä tehdään? Millaisia yhteistyötahoja? Onko tullut uusia? Onko riittävästi tietoa niistä? Onko yhteistyötahoissa tai yhteistyössä itsessään muutosta aiempaan?
5. Ajankäyttö ja ajanvaraus.
  - Mihin käytät eniten aikaa työpäivästä? Millä tavalla ajanvaraus hoidetaan? Miten usein yhtä potilasta otetaan vastaan ja millä perusteella käyntien määrä päätetään? Onko ajankäytössä tai ajanvarauksessa tapahtunut muutosta?
6. Oman työn kehittäminen.
  - Mitä haluaisit kehittää työssäsi?
7. Omassa työssä kohdatut haasteet.
  - Mitä haasteita olet kohdannut työssäsi?